移動支援利用変更・中止届

　　　　年　　月　　日

西海市福祉事務所長　様

-障がい者等移動支援事業の利用決定に変更・中止する理由が生じましたので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者  又は  保護者 | ふりがな |  | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 | 印 | 男・女 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒  電話番号 | | |
| 対象  児童 | ふりがな |  | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | 男・女 | 年　　月　　日 |
| 変更内容  （変更後） | | □個別支援型（□身体介護を伴う　□身体介護を伴わない）  社会生活上必要不可欠な外出　　（月　　　　時間）  余暇活動等社会参加のための外出（月　　　　時間）※60時間以内  □グループ支援型（身体介護を伴わない）  社会生活上必要不可欠な外出　　（月　　　　時間）  余暇活動等社会参加のための外出（月　　　　時間）※60時間以内 | | |
| 変　更  中　止  理　由 | |  | | |
| 現在利用中の  福祉サービス  （介護保険を含む） | | １　　　　　　　　　　　　利用量（　　　　　　）  ２　　　　　　　　　　　　利用量（　　　　　　）  ３　　　　　　　　　　　　利用量（　　　　　　） | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | 氏名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住所 | 〒  電話番号 | | |